

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand TESSIER

Né le 16 Juin 1894, à Chavroches

Externe des Hôpitaux de Paris

UN

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE
DU PTOSIS

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. RÔGER

ASSESSEUR : M. ROUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique Médicale	André BROcq
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoulLET	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLEMIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYK	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE
ET A MON PÈRE LE DOCTEUR G. TESSIER

*Témoignage de profonde
gratitude et de vive affection.*

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE
Professeur de Pathologie chirurgicale

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion au cours de notre dernière année d'études d'entendre exposer et de voir pratiquer par M. le docteur Poulard un nouveau procédé opératoire du ptosis, séduisant, logique de conception, simple d'exécution, et remarquable par son résultat.

La description de cette nouvelle méthode sera l'unique objet de notre travail.

Il nous semble inutile de refaire l'historique du traitement du ptosis, historique bien étudié par Legillon dans sa thèse (1) et par tous ceux qui l'ont précédé.

Dans un premier chapitre nous donnerons un résumé des méthodes opératoires actuellement employées contre le ptosis.

Dans un second et dernier chapitre nous décrirons le nouveau procédé opératoire de M. Poulard.

Avant d'entreprendre ce travail nous tenons à renouveler ici les sentiments de vive gratitude que nous éprouvons pour M. le Dr Poulard qui nous a donné ce sujet de thèse et nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

(1) Sur quelques indications opératoires dans le ptosis n° 328. Année 1902-03 Legillon (*Thèse de Paris*).

CHAPITRE I

LES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DU PTOSIS

Ces procédés sont basés sur la résection partielle de la paupière supérieure, sur l'avancement du muscle releveur ou sa suppléance par les muscles droit supérieur ou occipito-frontal.

I. — **Procédés par résection partielle de la paupière supérieure**

Ces procédés reposent sur différents principes :

- a)* l'excision d'un pli cutané ;
- b)* la résection ou le plissement du muscle orbiculaire antagoniste du releveur ;
- c)* la résection de l'orbiculaire et d'une portion du tarse ou de son ligament suspenseur ;
- d)* la résection de la paupière dans toute son épaisseur et l'ablation par voie cutanée ou muqueuse d'une quantité de cartilage tarsé de muscle et de peau correspondant exactement à l'excès de longueur de la paupière (GILET DE GRAND MONT) :

II. — Procédés par avancement du muscle releveur

Ces procédés sont basés :

a) soit sur la traction d'anses de fil dont le plein est fixé au tendon du releveur et dont les extrémités après avoir cheminé entre le tarse et la peau de la paupière sont liées sur une perle de verre au niveau de l'espace intermarginal.

b) soit sur le plissement du tendon du releveur de façon à raccourcir ce muscle sans le détacher.

c) soit sur la résection de ce tendon et la suture du bout supérieur à la face antérieure du tarse.

III. — Procédés par suppléance du muscle releveur à l'aide du muscle droit supérieur

Ces méthodes opératoires s'appuient sur les connexions anatomiques et physiologiques du muscle droit supérieur et du releveur de la paupière.

On met à nu le droit supérieur en coupant la conjonctive au devant de son insertion au globe, et en traçant à partir de cette incision, une seconde section conjonctivale dirigée en arrière le long du muscle jusqu'au bord convexe du tarse, en passant par le cul-de-sac.

Alors, ou bien, on détache dans le tiers médian du tendon du droit supérieur une languette dont on suture l'extrémité libre au bord supérieur et à la face antérieure du tarse (Mottis), ou bien, on accole directement le tendon du droit supérieur au tarse après une ablation d'une petite lamelle de cartilage (Parinaud).

IV. — Procédés par suppléance du muscle releveur à l'aide du muscle occipito-frontal

On cherche à obtenir cette suppléance par établissement de tractus cicatriciels sous-cutanés, par fixation directe du releveur ou par fixation directe de la peau.

A) *Etablissement de tractus cicatriciels sous-cutanés entre la paupière et le muscle occipito-frontal*

On enfonce l'une des aiguilles d'un fil doublement armé vers le milieu ou le tiers inférieur de la paupière, on pousse cette aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au dessus du sourcil. Puis on fait passer la seconde aiguille à côté de la première. Les deux extrémités du fil sortant au dessus du sourcil sont serrées et nouées sur un petit rouleau de gaze. Le fil exerce une traction sur l'anse dont le milieu se trouve au-dessus du bord libre de la paupière. Le fil est enlevé après formation de brides cicatricielles qui constituent une sorte de tendon entre le frontal et la paupière.

On peut encore placer de semblables sutures mais en sens inverse. Dans ce cas l'anse du fil correspond à la partie supérieure du sourcil, ses extrémités sortent près du bord libre et sont nouées à ce niveau.

B) *Fixation directe du muscle releveur au muscle occipito-frontal*

La peau est incisée sous le bord supérieur du sourcil. Le tendon du releveur est sectionné. Dans la partie inférieure de ce tendon on passe deux anses de fil. Les extrémités de ces fils après avoir traversé les masses musculaires à leur

partie profonde sortent au dessus du sourcil et sont liées à ce niveau.

C) Fixation directe de la peau au muscle occipito frontal

On fait une première incision horizontale le long du bord supérieur du sourcil jusqu'au périoste et une seconde également profonde sous le rebord orbitaire. Le pont de peau compris entre ces deux incisions est mobilisé. Des extrémités de la seconde incision partent deux sections verticales d'abord parallèles puis légèrement divergentes. Ces sections délimitent un lambeau à pédicule situé un peu au-dessus du bord libre de la paupière. Après dissection de ce lambeau, son extrémité libre est tirée vers le haut sous le pont musculaire et fixée au bord supérieur de la plaie supérieure par trois points de suture.

Notre but n'est pas de critiquer ces différents procédés opératoires. Leur multiplicité témoigne de l'insuffisance et de l'inconstance de leurs résultats. Tous les ophtalmologistes savent combien il est difficile de rendre sa mobilité à une paupière supérieure sans nuire à l'esthétique du visage. Le muscle releveur est plus facile à isoler en théorie qu'en pratique, et, par fixation directe de la peau au muscle occipito-frontal, on obtient à l'épreuve de telles déformations que cette méthode doit être abandonnée.

CHAPITRE II

LE NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE M. POULARD

Cette nouvelle opération basée sur la suppléance du releveur par le muscle occipito-frontal a pour but de relever la paupière à l'aide de cordes cutanées résistantes et profondes allant de la face antérieure du tarse au muscle frontal.

Ces cordes cutanées, taillées dans la peau de la paupière, ne sont pas des fibres minces, invisibles, peu maniables mais de solides cordons dans lesquels on passe facilement aiguilles et fils. La résistance de ces cordons permet de les fixer solidement à l'endroit précis où l'on veut qu'ils adhèrent.

Les lambeaux cutanés par lesquels s'exerce la traction du muscle occipito-frontal sur le tarse sont, après suture, entièrement enfouis sous les tissus superficiels et ne déterminent aucune déformation de la paupière.

Indications

L'opération de M. Poulard s'applique à tous les cas de ptosis, des plus accentués aux plus légers.

Instrumentation

Les instruments nécessaires pour cette opération sont :

- 1) Une seringue en verre de un ou deux centimètres cubes avec aiguilles, pour l'anesthésie locale.
- 2) Une lame plate pour protéger le globe oculaire et donner un support convenable à la paupière.
- 3) Un bistouri.
- 4) Une pince à griffes.
- 5) Des pinces à forcipressure.
- 6) Des aiguilles à suture, fines, numéro six.
- 7) Un porte-aiguille.
- 8) Du fil de soie numéro un pour fixer les lambeaux tracteurs.
- 9) Du fil de soie double zéro pour rapprocher les lèvres des incisions cutanées.

Technique opératoire

Quelques gouttes d'une solution de cocaïne à quatre pour cent sont instillées dans l'œil du malade.

Après les précautions aseptiques habituelles, on anesthésie la paupière supérieure et la région sourcilière à l'aide d'injections traçantes d'une solution de novocaïne à un pour cent, adrénalinée.

L'anesthésie obtenue, l'extrémité d'une lame plate est introduite sous la paupière de façon à lui donner un support convenable et à protéger le globe.

Puis on procède à l'opération proprement dite.

1^{er} TEMPS : *Taille des lambeaux cutanés*

Sur la face antérieure de la paupière entre le repli orbito palpébral supérieur et le bord libre on taille deux lambeaux.

Le premier lambeau large de deux millimètres, long de

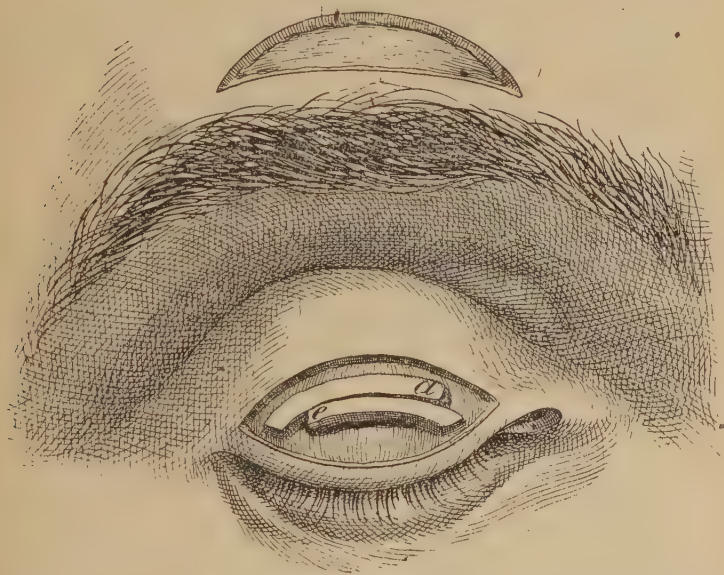


FIG 1. — Les lambeaux cutanés taillés dans la paupière supérieure reposent dans la brèche due à l'écartement des lèvres supérieures et inférieures de l'incision palpébrale.

Au dessus du sourcil l'incision frontale dont les bords sont écartés.

deux centimètres, horizontal dans sa partie interne et moyenne, se recourbe dans sa partie externe en bas vers le rebord palpébral, de façon à se rapprocher de la verticale.

Le second lambeau inférieur ou supérieur au précédent et de mêmes dimensions suit un trajet horizontal dans sa partie externe et moyenne, se recourbe en bas et se rapproche de la verticale dans sa partie interne (fig. 1)

Les incisions qui délimitent ces lambeaux s'étendent en profondeur jusqu'au tarse.

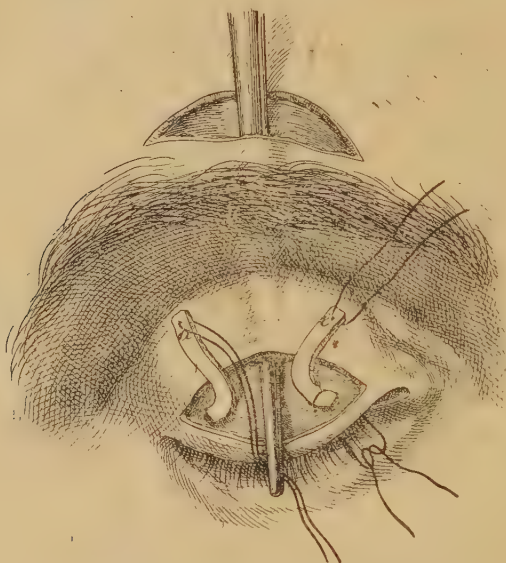


FIG. 2. — Les lambeaux sont libérés : l'extrémité adhérente du cordon cutané interne est fixée au tarse, une anse de fil traverse l'extrémité supérieure du lambeau (e). Une pince à disséquer introduite sous le tunnel sourcilier tient dans ses mors les deux chefs d'un fil. L'anse de ce fil correspond à l'extrémité supérieure du cordon cutané externe (a).

On dissèque ensuite les lèvres supérieures et inférieures de la plaie cutanée et on les écarte : Les deux lambeaux se trouvent couchés dans une large brèche ovale (fig. 1).

Puis les lambeaux sont détachés du tarse sauf au niveau de leur portion courbe qui reste adhérente et assure leur vitalité. Ils restent pédiculés et la circulation continue à s'y faire régulièrement. Il faut noter que ces lambeaux sont par leur extrémité adhérente complètement séparés du reste de la peau des paupières.

Ainsi libérés, les cordons cutanés peuvent être redressés et placés verticalement (fig. 2),

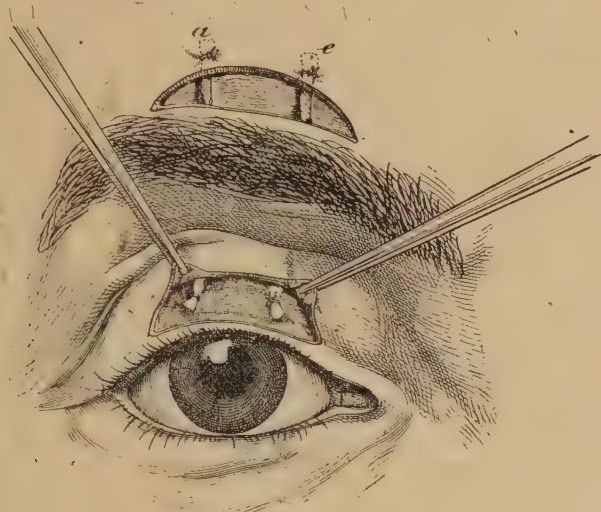


FIG. 3. — Les cordons cutanés sont fixés au tarse et à la lèvre supérieure de la plaie frontale.
La traction de ces cordons relève la paupière

2^e TEMPS : *Incision frontale.*

Immédiatement au dessus du sourcil on fait une incision horizontale ou légèrement arquée longue de deux centimètres, intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du frontal (fig. 1).

3^e TEMPS : *Tunnel sous le sourcil.*

Avec le bistouri, travaillant dans le tissu cellulaire qui sépare le muscle orbiculaire du septum orbitale, on pratique un tunnel qui fait communiquer la brèche frontale avec la brèche palpébrale.

On peut aussi bien faire deux tunnels voisins.

4^e TEMPS : *Mise en place et fixation des cordons cutanés*

Les cordons sont fixés en bas sur le tarse, en haut sur le muscle frontal.



FIG. 4. — Coupe sagittale de la paupière supérieure passant par un cordon cutané. Ce cordon, tiré par les fils insérés à la lèvre supérieure de la plaie frontale, commence son ascension sous le tunnel sourcilier.

La fixation sur le tarse est déjà assurée par l'adhérence du pédicule du lambeau, mais, pour augmenter la précision

et la solidité de cette adhérence le pédicule est pris dans une anse de fil dont les extrémités traversent le tarse et la conjonctive d'avant en arrière et sont nouées sur la face postérieure de la paupière (fig. 3 et fig. 4.).

Variante : Les chefs de l'anse peuvent être conduits dans l'épaisseur palpébrale et ressortir au niveau de l'espace intermarginal où ils sont noués sur un petit bourrelet d'ouate ou sur une perle.

La fixation au muscle frontal se fait de la façon suivante :

Une anse de fil solide est passée dans l'extrémité supérieure du cordon cutané. Les deux chefs de l'anse s'engagent dans le tunnel sourcilier, arrivent dans la brèche frontale, traversent la lèvre supérieure de cette brèche et sont noués à la peau sur une perle ou un bourrelet d'ouate. (fig. 3).

Au moment de la ligature les lambeaux s'étirent, la paupière s'élève et découvre le globe ; on juge ainsi de l'effet produit. Si le relèvement de la paupière est insuffisant, on raccourcit les cordes cutanées en passant un peu plus bas dans le lambeau une nouvelle anse de fil qui remplace ou renforce la précédente et suit le même trajet. (1).

5° TEMPS : *Fermeture des brèches cutanées.*

Quelques points de suture ferment les incisions frontale et palpébrale et complètent l'enfouissement des cordes cutanées sous les tissus superficiels.

L'opération terminée un pansement peu serré est appliqué sur la paupière.

(1) S'il était prouvé que l'enfouissement de l'épiderme est capable de présenter dans la suite des inconvénients, le même procédé pourrait être appliqué en débarrassant les lambeaux de leur couche épidermique.

Soins post-opératoires

Le pansement est enlevé le lendemain ou le surlendemain et remplacé par des lunettes fumées.

Les fils sont enlevés du sixième au huitième jour.

La guérison est rapide, sans cicatrices ni déformations.

La paupière a un aspect normal.



FIGURE 1.

Observation I.

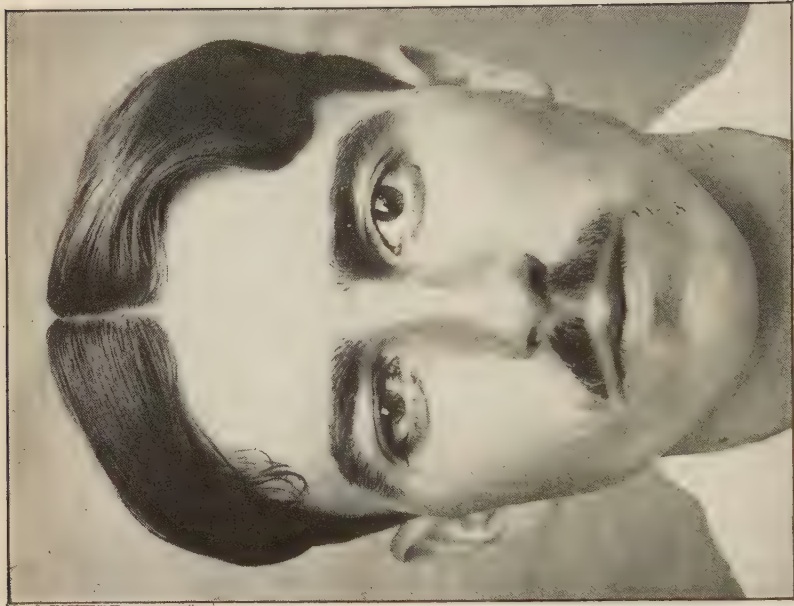


FIGURE 2.

Librairie ARNETTE.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Ptosis traumatique avec strabisme paralytique traumatique.*

Semp..., 20 ans, a été blessé le 2 mars 1918 par un coup de couteau ayant pénétré dans la partie supéro-interne de l'orbite. A la suite de cette blessure il est resté :

1° une déviation paralytique du globe oculaire en dehors et en haut.

2° un ptosis très accentué de l'œil blessé (Planche I— fig. 1).

Quand tout phénomène inflammatoire eut, depuis longtemps, disparu, M. Poulard procéda à la réparation esthétique de cet œil le 12 juillet 1918.

Dans une première intervention, il pratiqua le redressement de l'œil. Le redressement transversal fut obtenu par un recul du muscle droit externe combiné à un avancement du droit interne. Le redressement vertical fut obtenu d'une manière analogue par un recul du droit supérieur combiné à un avancement du droit inférieur.

Après avoir remis l'œil dans une position correcte, M. Poulard releva la paupière en employant, exactement, le procédé qui vient d'être décrit.

Aucune retouche ne fut faite ; il n'y eut aucune complication cornéenne dans les jours qui suivirent l'opération.

Le résultat des interventions fut parfait (Planche I — fig. 2).

Obs. 2. — Ptosis congénital bilatéral.

Mlle Cha..., 20 ans, est atteinte d'un ptosis congénital très accentué. La paupière de l'œil gauche recouvre complètement la pupille empêchant la malade de se servir de cet œil. Le ptosis de l'œil droit est un peu moins accentué mais la pupille ne peut être dégagée sans que la malade contracte fortement son frontal et porte sa tête en arrière (Planche II — fig. 3).

Le 8 janvier 1921, l'opération qui vient d'être décrite est pratiquée par M. Poulard, sur l'œil gauche, le plus en ptosis.

Au bout de huit jours les fils sont enlevés. Pendant les jours qui ont suivi l'opération une petite érosion de la cornée s'est produite en bas près du limbe ; elle a disparu rapidement.

Le résultat de l'intervention est tout à fait satisfaisant (Planche II — fig. 4).



FIGURE 3.

Observation II.



FIGURE 4.

CONCLUSIONS

1) Ce procédé opératoire unit le tarse, c'est-à-dire le bord palpébral au muscle frontal, à l'aide de tractus ou cordons cutanés, solides et vivants, enfouis sous les tissus superficiels.

2) Grâce à leur solidité ces cordons cutanés peuvent être facilement pris dans des fils et fixés dans le point précis déterminé par l'opérateur.

3) Les lambeaux tracteurs sont complètement recouverts par la peau, ils sont sous-cutanés ; en aucun point, pas même en bas, ils ne sont en continuité avec la peau. C'est là une des principales caractéristiques de l'opération, et c'est là ce qui empêche toute déformation extérieure de la paupière.

4) Il convient d'insister sur la simplicité de ce procédé opératoire.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BEAUVOIS. — *Thèse de Paris* année 83-84. Du ptosis et de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le muscle frontal.

TERPANDROS. — *Thèse de Paris* année 85-86. Etude critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique.

BRUN. — *Thèse de Paris* année 91-92. Du ptosis et son traitement chirurgical.

PERTAT. — *Thèse de Paris* année 92-93. Ptosis, son traitement chirurgical principalement par le procédé de M. le Prof. Panas.

LEGILLON. — *Thèse de Paris* année 02-03. Sur quelques indications opératoires dans le ptosis.

LEGÉ. — *Thèse de Paris* 02-03. De l'opération de Motais.

ROGER. — *Thèse de Paris* 04-05. Traitement opératoire du ptosis par la méthode de Parinaud.

TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes.

PANAS. — *Traité des maladies des yeux.*

ANGELUCCI. — 13^e congrès intern. de méd. et chirurgie. *Société d'ophtalm.* Paris août 1900. Nouveau procédé opératoire pour le ptosis.

MOTAIS. — Bulletin et mémoire de la société française d'ophtalmologie 1897.

PARINAUD. — Société française d'ophtalmologie 6 juillet 1897.

DE LAPERSONNE. — Bulletin médical du nord. Février 1889.

GILET DE GRANDMONT. — Bulletin de la société d'ophtalmologie 1881 p. 80.

DRANSART. — Annales d'oculistique. Juillet et août 1880.

SNELLEN. — A new operation for ptosis. *Opht. review.* 1885.